



PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA COLONOSCOPIA. MATANZAS 2023

Autores:

Yenia Santana Fuentes ^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-6815-5020>

Pedro del Valle Llufrío ² <https://orcid.org/0000-0002-7710-2828>

¹ Especialista de 1er grado en Medicina General Integral y Gastroenterología. Máster en Medios Diagnósticos. Servicios Médicos MININT Matanzas. Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Facultad de Ciencias Médicas "Juan Guiteras Gener". Matanzas, Cuba.

² Especialista de 2do grado en Gastroenterología. Doctor en ciencias de Educación Médica. Profesor e Investigador Titular. Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Faustino Pérez. Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Facultad de Ciencias Médicas "Juan Guiteras Gener". Matanzas, Cuba.

*Autor de correspondencia: yeniasantanafuentes@gmail.com

Resumen

Introducción: Calidad es uno de los temas que mayor interés ha despertado entre profesionales y académicos en los últimos años. A partir de la segunda mitad del siglo pasado se comienzan a introducir programas de mejoría de calidad en la práctica médica y la endoscopia gastrointestinal no es la excepción. Por esto, es esencial establecer los estándares mínimos de calidad que permitan una práctica de la colonoscopia en forma segura, efectiva y reproducible. Se realiza la investigación con el **objetivo** de elaborar un procedimiento para la evaluación de la colonoscopia en el Servicio Provincial de Gastroenterología. **Métodos:** para ello se realizó un estudio de evaluación en Sistemas y Servicios de Salud, observacional, transversal, analítico en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Faustino Pérez de la provincia Matanzas en el año 2023 en el período de tiempo comprendido entre junio y diciembre. **Resultado:** se evaluaron los indicadores de la calidad en preprocedimiento, interprocedimiento y posprocedimiento, resultando inadecuado el intra y el posprocedimiento, mientras que el interprocedimiento resulto evaluado de adecuado. **Conclusiones:** el estudio demostró la importancia de contar con un procedimiento para la evaluación de la calidad de la



colonoscopia en el servicio provincial de Gastroenterología. Se corrobora que el estado actual de la calidad del proceder endoscópico es inadecuado y los indicadores propuestos son válidos para evaluar la calidad de la colonoscopia.

Palabras clave: Calidad, Evaluación, Procedimiento, Colonoscopia.

INTRODUCCIÓN

Calidad es uno de los temas que mayor interés ha despertado entre profesionales y académicos en los últimos años.¹ El tema de la calidad parte de los propósitos y los requisitos establecidos que debe cumplir cualquier organización y de la satisfacción de las necesidades de las personas a las cuales presta un servicio. En materia de salud, implica dar una respuesta efectiva a los problemas o situaciones que inciden sobre una población y sus individuos, identificados o no por ellos, mediante la aplicación de normas, procedimientos y protocolos diagnóstico-terapéuticos necesarios, así como la verificación de los instrumentos y medios médicos que se utilizan.²

La creciente práctica de la endoscopia, ha generado un impulso significativo en el desarrollo de la Gastroenterología, su aplicación tanto diagnóstica como terapéutica ha permitido mejorar la atención de los pacientes y sus dolencias digestivas. Sin embargo, el proceso para llevar a cabo esta técnica, ha generado múltiples variantes de aplicabilidad y metodologías. Esto tiene un impacto variable en el curso habitual de realización del estudio y con ello difiere la calidad, así como los resultados de los exámenes.³

A partir de la segunda mitad del siglo pasado se han introducido programas de mejoría de calidad en la práctica médica, y la endoscopia gastrointestinal no es la excepción. Por esto, es esencial establecer los estándares mínimos de calidad que permitan una práctica de la colonoscopia en forma segura, efectiva y reproducible. El desarrollo de nuevas tecnologías representa un nuevo reto y obliga a actualizar los estándares para obtener resultados óptimos.³

La colonoscopia es un procedimiento diagnóstico y terapéutico que tiene el potencial de evaluar el recto, colon e íleon terminal de una forma costo-efectiva y con pocos riesgos. Tiene múltiples indicaciones, una de las más comunes es el tamizaje para cáncer de colon. Ha demostrado su utilidad en el diagnóstico y reducción de la mortalidad por cáncer colorrectal (CCR) entre el 40 y el 50%. Actualmente es considerada como el estándar de oro para el tamizaje de esta patología. Aunque su utilidad ya ha sido plenamente demostrada, es un procedimiento que tiene potencial de mejora, tanto en el aspecto técnico como tecnológico. Cada año se implementan nuevas



tecnologías que permiten mejor visualización de la mucosa, intervenciones terapéuticas más complejas, endoscopios con nuevas funciones, pinzas avanzadas, entre otras mejoras.⁴

La Sociedad Americana para la Endoscopia Gastrointestinal (ASGE) ha promovido el desarrollo de indicadores que permitan evaluar la calidad de los procedimientos endoscópicos, entre estos la colonoscopia.

Un estudio endoscópico de alta calidad le asegurará al paciente un procedimiento bien indicado, con el cual se obtendrán o descartarán diagnósticos correctos y clínicamente relevantes, cuando sea necesario se brindará un tratamiento endoscópico apropiado y todo esto con el menor riesgo posible. Es necesario conocer el nivel de la calidad de los procedimientos que se realizan, con el objetivo de mejorarla. Si se aumenta el nivel de calidad se disminuirá el número de procedimientos que se realizan sin una indicación apropiada, con lo cual se abatirá la morbimortalidad asociada, se podría contener costos y en general brindar un mejor servicio.⁵

Por tales motivos, los autores del presente estudio se propusieron como objetivo, elaborar un procedimiento para la evaluación de la calidad de la colonoscopia.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de evaluación en sistemas y servicios de salud, observacional, trasversal, analítico en el departamento de Gastroenterología del Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente "Faustino Pérez", escenario donde se realizan los estudios colonoscópicos en la provincia de Matanzas, en el período comprendido de, junio a diciembre 2023.

Universo: 331 pacientes que se realizaron el proceder en el período de estudio y cuatro Gastroenterólogos que realizaron el proceder.

El método de experto fue utilizado porque se necesitaba de personas vinculadas con el problema, con experiencia y pericia profesional para lograr consenso sobre elaborar un procedimiento de evaluación con los componentes de la calidad de la colonoscopia. Se realizó a través de la utilización del método Delphi.

Se utilizaron los criterios de indicadores de calidad: preprocedimiento, intraprocedimiento, posprocedimiento avalado por la ASGE y la ESGE con sus respectivos estándares según criterio de experto. En una primera etapa se preparó el proceso evaluativo y se revisaron documentos rectores de la especialidad, se sistematizaron los referentes teóricos relacionados con la investigación, con amplia revisión bibliográfica en la base de datos electrónicas Medline (vía PubMed) y Scielo con la finalidad de obtener información sobre el tema en cuestión. Posteriormente se aplicó los instrumentos diseñados para evaluar los criterios seleccionados y a



través del instrumento metodológico de la triangulación se determinaron las insuficiencias de la calidad en el proceder. La evaluación de cada criterio se determinó comparando el resultado de cada indicador con el estándar establecido en consenso por expertos y autora: **Adecuado** cuando el resultado del indicador es igual o supera el estándar e **Inadecuado**: cuando el resultado no iguala o es inferior al estándar. Los resultados de la evaluación final de los tres componentes de la calidad fueron expresados de la misma forma en: **Adecuados** cuando los tres o dos componentes de la calidad son superiores o igualan el estándar e **Inadecuados**: cuando los tres o dos componentes de la calidad son inferiores o no igualan el estándar. Se identificó y comparó los resultados derivados con otras investigaciones y se elaboró el informe final.

La información se obtuvo a partir de la guía de observación, entrevistas a los gastroenterólogos, los resultados de las encuestas a los pacientes y la revisión de los informes finales de las colonoscopias realizadas. Los resultados se presentaron en tablas de Excel, según criterios estudiados. Para el análisis estadístico se utilizó el programa Microsoft Excel del paquete de programas Microsoft Office.

Los datos se manejaron con apego a la ética científica. Se contó con la autorización de la dirección para la realización de esta investigación, la aprobación del Consejo Científico y el Comité de Ética para la investigación del Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente "Faustino Pérez", Matanzas.

RESULTADOS

- En la consulta a expertos sobre los indicadores propuestos (Método Delphi).

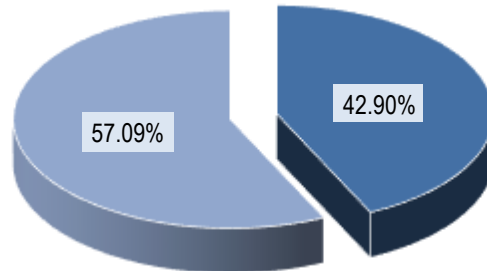
Se realizaron cambios en dos indicadores, ajustándolos a la realidad de la provincia, los cuales fueron: el tiempo de espera es inferior o superior a las 6 semanas y el número de estudios realizados por especialistas en el año de 150 colonoscopias, indicadores que guardan relación con dificultades objetivas que obstaculizan la realización del proceder en el medio hospitalario que se estudió.

- Resultado de las encuestas a los pacientes que se realizaron el proceder.

En el período de estudio comprendido se entrevistaron 331 pacientes a los cuales se les realizó el estudio colonoscópico, de ellos: se realizaron el proceder 142 pacientes (42.90%) antes de las 6 semanas de transcurrido su indicación, el resto 189 pacientes (57,09%) se la realizaron posterior a las 6 semanas.



GRÁFICO 1: TIEMPO DE ESPERA PARA LA EXPLORACIÓN



Los 331 pacientes para el 100% leyeron y firmaron el consentimiento informado previo a la realización del proceder.

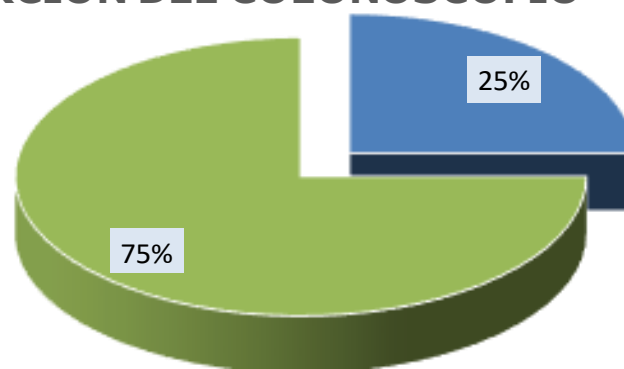
- Resultado de las entrevistas a los Gastroenterólogos que practicaron las colonoscopias Los cuatro galenos para el 100% consideran que el 90% de las indicaciones de las colonoscopias que llegan al servicio son adecuadas, siendo las más frecuentes. anemia para estudio, sangramiento digestivo bajo, diarreas crónicas, cambios del habito intestinal y dolor abdominal.

En relación con los intervalos de vigilancia según cribado del cáncer colorrectal, los 4 gastroenterólogos coinciden que son inadecuados.

De los cuatro gastroenterólogos dos para el 50% realizan más de 150 colonoscopias al año, el otro 50% no logra la cifra.

En relación con el tiempo de inserción del equipo un gastroenterólogo para el 25% logra insertar el equipo en menos de 10 minutos realizando el 35% de las colonoscopias, los otros tres restantes para el 75% no lo logran. En cuanto el tiempo promedio de retirada del equipo los cuatro para el 100% lo hacen en un tiempo que oscila entre 6 y 10 minutos.

GRÁFICO 2: TIEMPO DE INSERCIÓN DEL COLONOSCOPIO





Con respecto a la intubación cecal se logra por todos los gastroenterólogos, lo que no todos lo hacen en el tiempo adecuado. En el servicio se realiza la técnica de inserción asistida por un operador.

TABLA 1: INTUBACIÓN CECAL

COLONOSCOPIAS REALIZADAS		No	%
No concluidas	Mala preparación	15	4.53
	Colon operado (hemicolectomía derecha)	7	2.11
	Tumor de colon	17	5.13
	Diverticulitis	8	2.41
	Otras	5	1.51
Concluidas	Hasta visualizar el fondo del ciego, la válvula ileocecal y el orificio apendicular	279	84.29
TOTAL		331	100

Los cuatro galenos para el 100% realizan el diagnóstico de adenomas en el colon. No se logra una tasa de detección de adenomas satisfactoria por no realizar colonoscopias de cribado. En el aspecto relacionado con la exéresis de pólipos menores de 2cm, todos los gastroenterólogos para el 100% los realizan, de igual forma logran realizar la recuperación de las lesiones extirpadas, más del 80% de lesiones menores de 10mm y 95 en mayores de 10mm.

En el caso de los pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) ninguno de los galenos toma muestras de biopsia en el colon cada 10cm en los 4 cuadrantes en los pacientes con EII, refiriendo no realizarlo por dificultades en algunos insumos. Sin embargo, si todos realizan toma de biopsia de la mucosa del colon a los pacientes con diarreas crónicas.

- Resultado de la revisión de los informes de las colonoscopias realizadas.
Preparación intestinal para Colonoscopia



TABLA 2: PREPARACION INTESTINAL

COLONOSCOPIAS REALIZADAS	No	%
No concluidas por mala preparación	15	4.53
Concluidas con preparación inadecuada	37	11.17
Concluidas con preparación satisfactoria	279	84.29
Total	331	100

Se administro sedación al 100% de los pacientes que se realizaron la colonoscopia en el período de tiempo estudiado.

Con respecto a la revisión efectuada a los informes finales de los pacientes que se realizaron el proceder en el período de estudio comprendido se pudo apreciar que en uno solo se recoge la aparición de complicaciones, en este caso relacionado con la sedación, además no se cumple con el consenso cubano de clasificaciones endoscópicas a la hora de emitir el diagnóstico final.

Después del análisis a los resultados obtenidos a través de la encuesta a los pacientes, la entrevista a los gastroenterólogos y la revisión de los informes finales de las colonoscopias realizadas en el período estudiado, se obtienen a través de la triangulación de los resultados un grupo de insuficiencia relacionadas con la calidad de las colonoscopias que se realizan en el hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente "Faustino Pérez". El preprocedimiento se consideró inadecuado, el intraprocedimiento se consideró adecuado y se consideró inadecuado el posprocedimiento debido a que no todos los especialistas se apegan al consenso cubano de clasificaciones para lograr uniformidad en los resultados de los informes finales.

La evaluación final de la calidad de la colonoscopia en el Servicio Provincial de Gastroenterología es inadecuada, al no cumplirse el estándar para adecuado en todos los componentes. Las mayores deficiencias están relacionadas con el programa de pesquijaje del cáncer colorrectal.

DISCUSIÓN



El método Delphi permitió valorar un grupo de aspectos que influyeron sobre el nivel de argumentación o fundamentación del tema a estudiar. Se puede señalar que el estudio realizado por Sáenz Fuenzalida R. et al,⁶ el cual no coincide con esta investigación debido a que se desarrolla un instrumento para evaluar solo la calidad de las colonoscopias de tamizaje, considerando el desempeño de los endoscopistas y las unidades endoscópicas. Se utilizó el método Delphi hasta llegar a consenso y se generó un instrumento válido y confiable con un total de 8 ítems.

La demora en la realización de la colonoscopia es un parámetro de calidad y las unidades de endoscopia deben tener un registro del tiempo de espera para la exploración. Para las exploraciones diagnósticas (no de cribado), el tiempo de espera debe ser inferior a las 4 semanas. Después de la consulta a expertos este indicador fue modificado y ajustado a la realidad del servicio donde se realiza el estudio por lo que el tiempo de espera se consideró adecuado cuando el proceder se realizó antes de las 6 semanas. No hay datos publicados sobre tiempos de espera adecuados, pero se considera que, para mantener una calidad aceptable en los pacientes ambulatorios con síntomas digestivos, la colonoscopia no debe demorarse más de 4 semanas. El tiempo de demora no es un parámetro de calidad para los individuos asintomáticos que requieran cribado del cáncer colorrectal mientras se mantengan los intervalos en los que está indicado realizar la exploración, como expresa González-Huix Lladó F. et. al en su investigación.⁷

Como indicador de preprocedimiento el consentimiento informado se consideró adecuado cuando todos los pacientes lo leyeron y firmaron, además si en él aparecen explícitamente en que consiste el proceder con sus complicaciones y riesgos. Este es un documento legal sanitario que informa al paciente del tipo de intervención y su procedimiento, de los riesgos más frecuentes y sus correspondientes beneficios, las recomendaciones pertinentes para el máximo éxito de la prueba como de otros tratamientos alternativos propios de la patología referida por el facultativo. Dicho con palabras de Casasola-Sánchez LE et al,⁸ en endoscopia, al igual que en el resto de los procedimientos invasivos, es necesario realizar un consentimiento informado para llevar a cabo los procedimientos.

La indicación de la exploración debe documentarse en cada procedimiento. Constituye un criterio preprocedimiento y se considera de calidad cuando se consigue que las indicaciones inapropiadas sean inferiores a un 20%, en este caso son un 10%. Cuando la indicación es



apropiada, se obtienen más diagnósticos de relevancia clínica como señala González-Huix Lladó F. et al,⁷.

Coincidiendo con este último y con esta investigación, Quesada Paniagua ID., Pochet Sánchez LE.,⁹ refieren que la indicación debe quedar documentada en cada procedimiento.

El intervalo de vigilancia constituye un indicador preprocedimiento y se consideró adecuado según cribado para el cáncer colorrectal. Por lo que se refiere, esta entidad es la neoplasia de mayor frecuencia en vías digestivas, constituyendo del 9 al 10% de todos los cánceres en el mundo.

La investigadora considera que es conveniente recalcar que el sistema de cribado para el CCR en Cuba se ha visto afectado notablemente en los últimos años. El sistema nacional de salud carece de test rápido para realizar SOH. Esto trae consigo que los pacientes se diagnostiquen en estadios avanzados de la enfermedad y por tanto el seguimiento, tratamiento y esperanza de vida sea diferente. Además, la poca disponibilidad de equipamiento para realizar el proceder endoscópico es otro de los factores que atenta contra un diagnóstico precoz, tan necesario de la enfermedad. Teniendo en cuenta a Menéndez Rodríguez M. los cánceres colorrectales diagnosticados por síntomas, suelen tener un peor pronóstico al estar la enfermedad normalmente más avanzada. Debido a ello, tanto la presencia como el tipo de síntomas se asocian al pronóstico de la enfermedad. Así, los pacientes diagnosticados por síntomas en vez de por cribado poblacional tienen un mayor riesgo de padecer un CCR en estadio más avanzado.¹⁰

Con respecto al número de colonoscopias que se deben realizar, este indicador intraprocedimiento está basado en la experiencia del endoscopista. Junto al tiempo de espera, este otro indicador sufrió cambios después de la consulta a expertos y se adecuó a nuestro medio tomando como referencia más de 150 colonoscopias para los más hábiles. Según la opinión de la investigadora este indicador no solo guarda relación con la práctica sino también es importante tener dominio de la técnica del proceder.

La tendencia mundial es implementar mecanismos de gestión basados en competencias, además, para la prestación de un servicio con calidad y seguridad es necesaria la formación idónea. En el caso de la endoscopia digestiva las competencias específicas tienen en cuenta el nivel de habilidad, conocimiento y/o pericia, derivado de la capacitación y experiencia requeridas para realizar una tarea o procedimiento de manera segura y eficiente.¹¹ En Cuba, se puede mencionar la investigación realizada por Del Valle Llufrío P.¹² El estudio se dirige al



diseño de un modelo de competencias profesionales específicas para la formación del especialista en Gastroenterología.

El tiempo de inserción del equipo se consideró adecuado cuando el operador lo logra en menos de 10 minutos. El tiempo de retirada es adecuado cuando se examina el colon en retroexploración en 6 minutos o más. Ambos constituyen indicadores intraprocedimiento. El tiempo de inserción se refiere a la capacidad de alcanzar el ciego en menos de 10 minutos con buena visualización de la mucosa y utilización apropiada de la capacidad de movilidad del endoscopio, En opinión de la investigadora este indicador se encuentra estrechamente relacionados con otros, como: la destreza o habilidad del operador considerando que el más hábil será quien llegue primero a visualizar el fondo del ciego con todas sus estructuras La preparación intestinal influye en el tiempo de inserción, pues una preparación inadecuada como veremos más adelante disminuye el tiempo de inserción además impide la exploración adecuada de toda la mucosa colónica. Por lo que se refiere al tiempo de retirada del colonoscopio debe ser igual o superior a 6 minutos desde el ciego hasta el ano, ya que así se ha demostrado mayor capacidad para detectar lesiones neoplásicas. Después de las consideraciones anteriores la autora coincide con Morales-Viveros MA, Ugalde-Resano R,¹³ cuando citan que un menor tiempo de retirada, junto a otros indicadores constituye una de las razones para la no detección de una lesión en la colonoscopia.

Con respecto a la intubación cecal, el objetivo es, pasar la punta del colonoscopio a una región proximal a la válvula ileocecal para que el ciego, válvula ileocecal y el orificio apendicular sean visibles. Así pues, se podrá realizar mayor cantidad de hallazgos de lesiones en el colon proximal.¹⁴ Desde el punto de vista de Trujillo- Benavides O. et al,⁵ tasas bajas de intubación cecal se asocian a tasas elevada de cáncer en zonas proximales del colon y refiere que la tasa ideal debe ser mayor a 90% en casos generales y mayor de 95% en casos de escrutinio, tal como lo expresa Rex DK, et al.¹⁵ En la actualidad se sugiere que el íleon terminal sea intubado en la mayor parte de los casos y se considera obligatorio en casos con enfermedad inflamatoria intestinal, diarrea crónica, hemorragia de intestino delgado y extracción de cuerpo extraños de íleon.⁵ En opinión de la autora la importancia de la intubación cecal es debida a que una fracción considerable de neoplasias colorrectales se localizan en el colon proximal incluyendo el ciego.

Considerando que la tasa de detección de adenomas se calcula en las colonoscopias de cribado, en este estudio no se contó con datos relacionados con el programa de Pesquisaje



del cáncer colorrectal debido a la no disponibilidad de test de SOH por lo que la cantidad de adenomas detectados es baja.

La tasa de detección de los adenomas se considera uno de los principales indicadores de calidad en colonoscopia, y se evalúa en individuos asintomáticos o personas con riesgo promedio para cáncer colorrectal (CCR) a través de una colonoscopia. Esta detección impacta la mortalidad por CCR al diagnosticar la enfermedad en estadios tempranos y curables, siendo también costo-efectivo. Asimismo, su incidencia y mortalidad han tenido cambios asociados con la edad de inicio de la vigilancia con colonoscopia y la realización de polipectomía.¹⁶

Conviene subrayar que, en la mayoría de los casos, la lesión precursora del CCR en los pacientes con EII es la displasia; las sociedades científicas de endoscopia digestiva y de gastroenterología recomiendan realizar en estos pacientes un seguimiento mediante colonoscopia para detectar lesiones precursoras de cáncer como la displasia.¹⁷ Los métodos utilizados para el cribado serían: biopsias aleatorias de la mucosa del colon, la cromoendoscopia con colorante y la cromoendoscopia virtual.

Diferentes estudios muestran que la colonoscopia con biopsia es útil en la investigación de pacientes con diarrea crónica ya que logra un diagnóstico histológico en 22% a 31% de los pacientes a pesar de la colonoscopia con mucosa endoscópicamente normal o con anomalías inespecíficas. En esos casos, las anomalías y los diagnósticos histológicos incluyen la EII, una variedad de infecciones, trastornos sistémicos y lesiones de la mucosa inducida por fármacos, entre muchas otras.¹⁸

En nuestro medio la colonoscopia continúa siendo el estudio de elección para la valoración de la mucosa intestinal. Una preparación intestinal inadecuada tiene, por tanto, un impacto negativo en su eficiencia, disminuyendo la tasa de detección de adenomas y aumentando los costos, el retraso diagnóstico, los tiempos de procedimiento y el riesgo de complicaciones. Los regímenes de preparación intestinal generalmente incorporan modificaciones en la dieta juntos con catárticos orales.¹⁹ Por el momento, la preparación colónica ideal no existe. Existen diversos métodos para preparar el colon antes de una colonoscopia. El éxito y la efectividad de la colonoscopia dependen en gran medida de la calidad con que se realiza la preparación del colon. Para la limpieza del colon, se han utilizado y analizado diversos agentes y métodos, y los más comunes en la actualidad son las soluciones que contienen polietilenglicol (PEG) y/o solución de fosfato de sodio.²⁰



La investigadora considera que la sedación es un aspecto importante de los procedimientos endoscópicos, ya que mejora la calidad del examen, la satisfacción del paciente y la adherencia a los regímenes de detección y vigilancia. Una sedación óptima permite que el endoscopista complete el examen con facilidad y que el paciente se sienta cómodo durante el proceder.

En lo que toca al informe final de la colonoscopia es un examen operador dependiente. Este criterio posprocedimiento se consideró adecuado cuando los especialistas se apegaron al consenso cubano de clasificaciones endoscópicas al emitir el diagnóstico endoscópico final. La interpretación y descripción de los hallazgos son procesos cualitativos que dependen de la experiencia y conocimiento del endoscopista que informa el procedimiento. En nuestro medio no existen normas que estandaricen la realización de los reportes endoscópicos, lo que determina una amplia variabilidad en la calidad de los informes, lo que dificulta su interpretación. Cabe señalar que la solución es una descripción estandarizada de los hallazgos. Para ello se han creado clasificaciones y escalas, las que buscan dar consistencia objetiva a las apreciaciones subjetivas de los endoscopistas. Si bien estas clasificaciones facilitan la descripción e interpretación de los exámenes endoscópicos, su divulgación en nuestro medio aún es limitada.²¹

CONCLUSIONES

El estudio demostró la importancia de contar con un procedimiento para la evaluación de la calidad de la colonoscopia en el servicio provincial de Gastroenterología. Se corrobora que el estado actual de la calidad del proceder endoscópico es inadecuado. Los indicadores propuestos son válidos para evaluar la calidad de la colonoscopia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mejías Sánchez Y., Morales Suárez I., Fernández Vidal A. Calidad. Una mirada desde los Sistemas de Salud. INFODIR. 2017; 25 (julio – diciembre):110-116. ISSN 1996-3521 (RPNS: 2097)
2. Tápanes Galván W. Errasti García MY. Arana Graciaá RM. Rodríguez García. Roman Carreira. Santana Santana. Control de la calidad en la Salud Pública. Reseña Histórica. Rev.Med.electrónica. vol.41 no3 mayo- junio2019.



3. Herbert Burgos. Estándares de Calidad en Videocolonoscopia. ACTA Gastroenterol Latinoam 2020; 50:25-30.
4. Pérez Cantú Sacal A. López Acosta ME. Sánchez Hernández R. Revisión de la literatura: Indicadores de calidad en colonoscopia. Rev. Electrónica de PortalesMedicos.com vol XVII no 5; 200 2022.
5. Trujillo-Benavides Omar, Solana-Sentíes Sergio, Aguilar-Mendoza Jorge, Angulo-Molina Diego, Barrera-Torres Hugo, Barreto-Zúñiga Rafael et al. Guía clínica de calidad en colonoscopia y polipectomía. Endoscopia [revista en la Internet]. 2021 jun [citado: 2023 Nov 20]; 33(2): 54-74. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2444-64832021000200054&lng=es. Epub 28-Feb-2022. <https://doi.org/10.24875/end.21000012->
6. Sáenz-Fuenzalida R, Riquelme-Pérez A, Díaz-Piga LA, García-Rocha X, Fuentes-López E, Arnold-Álvarez J, Caro L, Tchekmedyan A, Orellana-Narváez I, Jover-Martínez R; el Equipo Latinoamericano para el Sistema de Escala de Calidad en Colonoscopia. El desafío de cuantificar la calidad de la colonoscopia de detección: desarrollo y propiedades psicométricas del instrumento Colonscopy Quality Score. Rev Gastroenterol Mex (Ed. Inglesa). 2022 julio-septiembre;87(3):297-304. doi: 10.1016/j.rgmxen.2021.11.005. Publicación electrónica del 16 de noviembre de 2021. PMID: 34794928.
7. Ferran González H.LI, Monserrat Figa F, Huerta Nadal C, Criterios de calidad que deben exigirse en la indicación y en la realización de la colonoscopia. Gastroenterol Hepatol. 2010;33(1):33-42.
8. Casasola-Sánchez L.E, Elizondo-Rivera J, Téllez-Ávila F.I, Consentimiento informado en endoscopia. Endoscopia .2014;26(4):140-145
9. Quesada Paniagua ID, Pochet Sánchez LE. Criterios de calidad en colonoscopias de tamizaje de cáncer colorrectal. Tesis especialista en cirugía general. Universidad de Costa Rica;2019. URL:<https://repo.sibdi.ucr.ac.cr/handle/123456789/16503>
10. Cubiella J, Marzo-Castillejo M, Mascort-Roca JJ, Amador-Romero FJ, Bellas-Beceiro B, Clofent-Vilaplana J, et al. Clinical practice guideline. Diagnosis and prevention of colorectal cancer. 2018 Update. Gastroenterol Hepatol. 2018 Nov 1;41(9):585-96.
11. Gil Parada FL. Competencia específica para ejercer la colonoscopia. Rev Gastroenterol Perú [internet]. 29 de abril de 2020 [citado 21 de mayo de 2024];40(1):13-21. Disponible en: <https://revistagastroperu.com/index.php/rgp/article/view/1024>



12. Del Valle Llufrío P. Competencias profesionales específicas para la formación de los especialistas en gastroenterología. Revista Habanera de Ciencias Médicas [citado 21 de mayo de 2024] Disponible en: <https://revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/5024/3224>
13. Morales-Viveros MA, Ugalde-Resano R. Eficacia en la detección de pólipos colónicos mediante colonoscopia con Endocuff versus colonoscopia estándar en pacientes del Hospital Central Norte de Pemex de mayo a octubre 2019 Endoscopia. 2020;32(Supl 2):24-41.
14. Rex DK. The Case for High-Quality Colonoscopy Remaining a Premier Colorectal Cancer Screening Strategy in the United States. Gastrointest Endosc Clin N Am. 2020;30(3):527-40
15. Rex DK, Schoenfeld PS, Cohen J, Pike IM, Adler DG, Fennerty MB, et al. Quality indicators for colonoscopy. Gastrointestinal Endoscopy. 2015; 81(1):31-53. DOI: 10.1016/j.gie.2014.07.058
16. Roldán-Molina LF, León-Ramírez SM, Roldán-Delfino LM, Márquez-Molina S, Núñez-Cabarcas EE, Pérez-Useche HM, Restrepo-Peláez AJ, Restrepo-Tirado CE, Saffón-Abad MA, Zuleta-Muñoz JE, Zuluaga-Aguilar JN. Can We Use the Indication for a Colonoscopy as a Predictor of the Adenoma Detection Rate?. Rev Colomb Gastroenterol. 2022;37(1):41-47. <https://doi.org/10.22516/25007440.743>
17. González Bernardo OL. Estudio comparativo de diversos métodos de detección de lesiones neoplásicas y preneoplásicas en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal a quienes se realiza una colonoscopia de cribado de cáncer colorrectal. [tesis doctoral] programa de doctorado de biomedicina y ciencias de la salud. Universidad de León; 2022
18. Avagnina, Alejandra Rol de la biopsia endoscópica en patologías colónicas Acta Gastroenterológica Latinoamericana, vol. 50, 4, 2020 Sociedad Argentina de Gastroenterología, Argentina Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199367756023>
19. Olano C, Ferreiro A. Recomendaciones para la preparación de colon para colonoscopia en adultos. Ministerio de salud pública. Montevideo, 22 septiembre 2023.
20. Saraiva S, Rosa I, Dias Pereira A. Use of the Boston Bowel Preparation Scale in the real life setting: what affects it? Rev Esp Enferm Dig. agosto de 2021;113(8):625.
21. Candia R. Herramientas para la interpretación de informes endoscópicos: clasificaciones y escalas en endoscopia digestiva. Rev Med Chile 2020; 148: 992-1003

Conflictos de interés



Los autores declaran que no existen conflicto de intereses.